

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN



FACULTAD DE OBSTETRICIA

**Embarazo prolongado y su relación con el estado del
recien nacido en el Hospital Apoyo Iquitos "César
Garayar García" Región Loreto periodo
Octubre 1994 - Setiembre 1995.**

TESIS

Para optar el Título Profesional de:

OBSTETRICIA

Presentado por:

Celia Belén Vásquez Pinedo

Tarapoto — Perú

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACION CON EL ESTADO
DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS

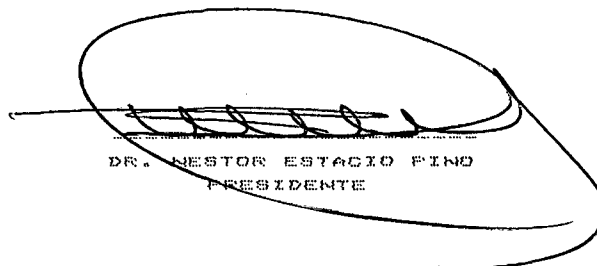
"CESAR GARAYAR GARCIA" REGION LORETO PERIODO

OCTUBRE 1994-SETIEMBRE 1995.

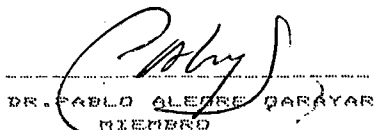
PRESENTADO POR:

CELIA BELEN VASQUEZ PINEDO

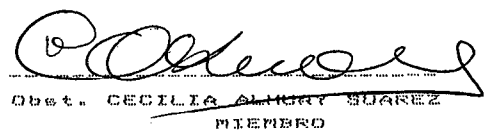
JURADO CALIFICADOR:



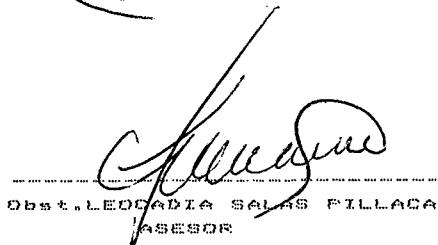
DR. NESTOR ESTACIO PINO
PRESIDENTE



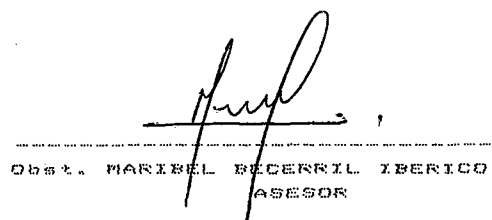
DR. PABLO ALEGRE GARAYAR
MIEMBRO



Obst. CECILIA ALMEYDA SUAREZ
MIEMBRO



Obst. LEOCADIA SALAS PILLACA
ASESOR



Obst. MARIBEL BECERRA IBERICO
ASESOR

DEDICATORIA

A mis queridos padres, Angel y
María Elisa; por su abnegado
sacrificio y apoyo constante
en lo espiritual, moral y
material. Forjan así en mi
persona el tesón y la disciplina,
principales pilares para el
logro de mis ideales.

A mis hermanos:

Magaly y Angel Rohán que con
su amor, comprensión y
perseverancia incentivaron a
mi formación profesional

CELIA BELEN .

AGRADECIMIENTO

A la Obst. Ana Maribel Becerril Iberico, docente de nuestra Universidad y al Gineco-Obstetra Nicolás Hernández Hernández, personal asistencial del Hospital Apoyo Iquitos y coordinador de nuestro internado; por su asesoramiento desinteresado en la ejecución de este trabajo.

Al Prof. Herberth Arévalo Bartra, por su apoyo desinteresado en la parte gramatical del presente trabajo.

Al Lic. Pedro Ballena Chumioque por su colaboración en el desarrollo de la parte estadística del presente.

A los docentes de nuestra facultad, por haberme impartido sus sabias enseñanzas durante mi formación profesional.

Al Ex Director del Hospital Apoyo César Garayar García Dr. Javier Díaz Fernández y al actual, Dr. Carlos Calampa del Aguila y todo el personal asistencial y administrativo por habernos dado la oportunidad de realizar nuestras prácticas preprofesionales en el Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García y al mismo tiempo desarrollar este trabajo.

CELIA BELEN .

I N D I C E

	Pag.
I. RESUMEN	06
II. INTRODUCCION	08
III. OBJETIVOS	13
IV. MATERIALES Y METODOS	15
V. RESULTADOS Y DISCUSIONES	20
VI. CONCLUSIONES	43
VII. RECOMENDACIONES	44
VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
IX. ANEXOS	49

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE OBSTETRIZ

"EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACION CON EL ESTADO
DEL RECIEN NACIDO, EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS
"CESAR GARAYAR GARCIA" REGION LORETO PERIODO
OCTUBRE 1994-SETIEMBRE 1995.

PRESENTADO POR:

CELIA BELEN VASQUEZ PINEDO

TARAPOTO - PERU

1 9 9 5.

RESUMEN

El presente estudio de tipo aplicado y de cohorte, se realizó en el Hospital Apoyo de Iquitos César Garayar García período 01 de octubre de 1994 a 30 de setiembre de 1995; para conocer la influencia del embarazo prolongado y su relación en el estado del recién nacido, su frecuencia y establecer relaciones entre los resultados obtenidos y los de otros autores y de esta manera tener un conocimiento de acuerdo a nuestra realidad.

De un total de 2,866 partos se seleccionó 104 pacientes con diagnóstico de embarazos prolongados por FUM, a quienes se les sometió al interrogatorio y examen obstétrico tomando en cuenta los criterios de inclusión y a sus respectivos recién nacidos, se evaluó sus características propias de postmadurez y su grado de asfixia, los resultados fueron sometidos a las pruebas estadísticas llegando a las siguientes conclusiones:

La frecuencia de embarazo prolongado por FUM fue de un promedio mensual de 36.28 ó de 3.77% y de un promedio anual de 36.28% o el grado de asfixia en el recién nacido fue en 4.8% (n=5) de ligera a moderadamente deprimido, el 27.00% (n=28) de los recién nacidos fueron postmaduros de los cuales el 20.2% (n=21) tuvo placenta calcificada y el 21.00% líquido.

amniótico verde espeso, la morbilidad de los recién nacidos fue del 5.77% donde el 4.81% (n=5) por aspiración meconial y 0.96 (n=1) por distrés respiratorio, ausentándose la mortalidad.

Para el manejo de esta patología los centros obstétricos deben disponer de un protocolo de tratamiento acorde a la infraestructura que permite disminuir la morbimortalidad perinatal y la capacitación permanente del personal.

INTRODUCCION

Se considera anomalía de la duración del embarazo cuando el parto se produce fuera del límite considerado fisiológico para la duración de la gestación (37-41 semanas completas) (1); el embarazo prolongado o de postérmino es aquel cuya duración sobrepasa el límite de 293 días ó 41 semanas y 6 días, desde el comienzo del último ciclo menstrual (1), su incidencia oscila entre el 3,5 y 7% (2).

Esta variación de las diversas estadísticas comunicadas se debe, especialmente, a los criterios y metodología utilizados para el diagnóstico de la edad gestacional del feto (2,1); es evidente la importancia de precisar la duración de la gestación en general, cuanto más prolongado la estancia del auténtico feto post término en el útero, mayor es el riesgo de que nazca un niño con alteraciones graves (3).

Su etiología es desconocida (4,5,6), según algunos datos, podrían influir la edad, paridad, así como el nivel de vida elevado (que favorecerá un mayor reposo en cama). En estas gestaciones se observa aumento de la frecuencia de malformaciones congénitas como anencefalia, hidrocefalia u osteogénesis imperfecta (6) y cuando existe historia previa de síndrome de post madurez, hay un 50% de posibilidad de recurrencia (6,2).

Después de todo lo mencionado donde se reconoce que el embarazo prolongado es un factor de riesgo perinatal, por el impacto que produce para la morbilidad fetal y neonatal, y que ha desencadenado controversia en relación al diagnóstico, control prenatal y su manejo intraparto por lo que se han diseñado diferentes esquemas; sin embargo, no existen conceptos claros y aceptados por todos los autores cuando se necesita definir una conducta; así tenemos con la supervisión simultánea por ultrasonido DOPPLER, test de no estrés y de estrés por contracción (NST-CST) y test de estimulación vibroacústica (VAST) no hubo diferencia significativa en la predicción de bajos valores de Apgar. Con estos resultados se sugieren que el VAST, CST podrían ser excluidos de la supervisión rutinaria. (7)

Al realizar la amniotomía prepartum transabdominal puede tener beneficios obstétricos y perinatales para postdatas (8); la medición del líquido amniótico provee una estimación más precisa en función del tiempo de gestación (9) y como método efectivo prediciendo la aflicción fetal (4); y la determinación de la fecha de nacimiento por ultrasonografía temprana reduce el número de embarazos post-términos (11) y como los métodos actuales de exploración fetal permiten sólo sospechar la gestación prolongada y emitir un pronóstico del estado fetal y neonatal. Sin embargo,

ninguno puede confirmar el embarazo prolongado verdadero, tan sólo después de revisar la placenta y evaluar al recién nacido.(5)

Referente al manejo del parto ya sea con inducción o expectativa, se reportan que muertes perinatales han sido observados en pacientes cuya labor empezó espontáneamente, más no con inducción o control activo a las 42 semanas pero se incrementó la tasa de cesárea comparada con la población obstétrica en general. En base a este resultado se justifica la inducción o control activo (12).

No hay ninguna ventaja particular dejar proceder los embarazos más allá de las 42 semanas cumplidas, especialmente si la PGE2 gel está disponible para la inducción del parto (13). La aplicación intracervical de PGE2 gel es superior a la oxitocina intravenosa en la inducción de labor en embarazos prolongados, en términos de cortar el intervalo del parto y aumentar la frecuencia de alumbramientos vaginales exitosas y segura para la madre y el feto (14); donde hay inducción con un valor de Bishop mayor de 6, la tasa de cesárea es considerablemente baja, comparada con aquellas que se sometieron a seguimiento expectativo (15% versus 28%), la tasa es más baja cuando los valores de Bishop son mayores que 8 (5%). (15)

Cuando el cérvix es desfavorable para una inducción es contraversial. Pero el beneficio de reducir riesgos fetales potenciales con inducción del parto debe ser balanceado contra la morbilidad, al comparar dos estrategias para manejar postérminos (inducción inmediata y manejo expectativo), los resultados perinatales adversos en embarazos sin complicaciones de mujeres de 41 semanas de gestación es muy baja con cualquiera de las dos estrategias; así que bajo la perspectiva de morbilidad o mortalidad, cualquiera de los controles son aceptados. (16)

Conociendo esta conclusión y teniendo casos de embarazo prolongado en el Hospital Apoyo de Iquitos César Garayar García, donde prima el diagnóstico clínico por la falta de equipos sofisticados que permiten corroborar los mismos, el no tener cifras sobre su frecuencia y que muchas veces se ha definido arbitrariamente como tal o sinónimo de postmadurez y conociendo la inquietud y el temor que se genera por esto en algunas embarazadas y sus familiares nos impulsó a realizar este estudio para lo cual planteamos la siguiente interrogante.

¿Cuál es la influencia del embarazo prolongado en el estado del recién nacido?

Pese a las limitaciones del estudio, con el análisis queremos mostrar un panorama de acuerdo a nuestra realidad de esta patología y contribuir al mejoramiento de la salud neonatal.

OBJETIVOS

General:

- a) Determinar la influencia de los embarazos prolongados en el estado del recién nacido.

Específicos:

- a) Determinar el porcentaje de embarazos prolongados.
- b) Determinar el grado de asfixia del recién nacido, producto de embarazo prolongado.
- c) Describir las características predominantes en el recién nacido de embarazo prolongado.
- d) Conocer la morbimortalidad de los recién nacidos de embarazo prolongado.

HIPOTESIS

Hipótesis de investigación:

Existirá relación entre el embarazo prolongado y el estado del recién nacido en el Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García.

Hipótesis estadística:

H_0 = El estado (Apgar y característica físicas) del recién nacido es independiente del embarazo prolongado.

H_1 = El estado del recién nacido depende del embarazo prolongado.

Variables:

V.I. = Embarazo prolongado

V.D. = Estado del recién nacido (Apgar y características físicas)

V. Interv. = Edad grado de instrucción opción materna, sexo y peso del recién nacido.

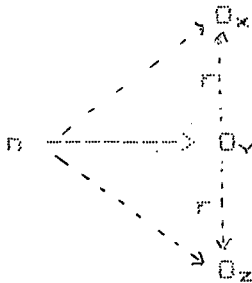
MATERIALES Y METODOS

Tipo de investigación:

El presente estudio es de tipo aplicado con recolección prospectiva de datos con la finalidad de establecer relaciones entre las variables sometidas al estudio

Diseño de investigación:

Para el presente estudio se utilizó el diseño transversal.



Donde:

- O = Observaciones hechas a cada variable
- X, Y, Z = Subindicaciones en cada observación.
- r = Posible Relación entre las variables estudiadas.
- n = Muestra de estudio.

Criterios de selección del grupo de estudio:**a. Criterios de inclusión:**

- Gestantes con antecedentes de ciclos menstruales regulares y normales.
- Mujeres que no usaron anticonceptivos orales o inyectables por lo menos tres meses antes de su embarazo.
- Mujeres que no quedaron embarazadas durante la lactancia.
- Embarazadas mayor o igual a 42 semanas de edad gestacional por FUM estimada por la regla de Wahl.
- Recién nacidos de madres con diagnóstico de embarazo prolongado obtenidos por vía vaginal o cesárea.

b. Criterios de exclusión:

- Mujeres con edad gestacional menor o igual a 41 semanas por FUM.

Población y muestra:

Nuestro universo muestral estuvo conformado por todas las madres gestantes que acudieron en el período de estudio del 01 de octubre de 1994 al 30 de setiembre de 1995 en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García.

Tipo de muestreo:

No probalístico intencionado al estudio

Muestra:

Estuvo conformado por el 100% de mujeres con edad gestacional mayor o igual a 42 semanas y que cumplieran los criterios de inclusión; los cuales sumaron un total de 104 pacientes con sus respectivos recién nacidos.

Métodos e instrumentos para recolectar datos:Métodos:

Se utilizó la metodología científica predominando el método del interrogatorio y examen clínico y observación directa.

Instrumentos:

- Historia clínica
- Hoja perinatal (CLAP)
- Formato diseñado para la investigación
- Test de Apgar
- Test de Lubchenko
- Test de Capurro.

Técnicas de recolección de datos:

Toda gestante que llegaba al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Apoyo de Iquitos para la atención de su parto ya sea por vía vaginal o por cesárea, fue sometida al interrogatorio y a una evaluación clínica obstétrica para determinar su inclusión o exclusión en el estudio.

A los recién nacidos se les evaluó mediante el test de Apgar al minuto para determinar el grado de asfixia, el test de Lubchenko para determinar si es adecuado o no la edad gestacional con su peso; y las características de post madurez del recién nacido se obtuvo mediante el test de Capurro.

La placenta fue pesada y examinada macroscópicamente para obtener sus características.

Los datos recolectados se vaciaron en el formato de investigación de cada paciente.

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS:

Se utilizó la estadística, tanto de tipo descriptivo como inferencial.

La aplicación de la estadística descriptiva implicó elaborar cuadros estadísticos y luego a recurrir a medidas de tendencia central, medidas de dispersión con la finalidad de verificar los objetivos específicos planteados; asimismo en algunos de estos objetivos se aplicaron la estadística inferencial, relacionando las características del recién nacido de embarazo prolongado, para esto se elaboraron tablas de contingencia, como las variables están medidas en la escala nominal se utilizó la distribución chi cuadrado para la verificación de hipótesis con un nivel de confianza de un 5% en algunos casos y otros de 1%.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

CUADRO Nº 01

EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACION CON EL ESTADO DEL
RECIENTE NACIDO; EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR
GARAYAR GARCIA" REGION LORETO PERIODO OCTUBRE 1994 -
SEPTIEMBRE 1995.

DISTRIBUCION SEGUN FRECUENCIA DE EMBARAZO PROLONGADO

MESES DE 1994 Y 1995	TOTAL DE PARTOS	PARTOS CON E. PROLONG.	Porcentaje %
Octubre 1994	246	9	3.66
Noviembre 1994	229	8	3.49
Diciembre 1994	239	10	4.13
Enero 1995	238	6	2.52
Febrero 1995	222	7	3.15
Marzo 1995	227	13	5.73
Abril 1995	239	5	2.09
Mayo 1995	291	9	4.07
Junio 1995	254	5	1.96
Julio 1995	245	7	2.86
Agosto 1995	210	14	6.67
Setiembre 1995	226	11	4.87
TOTAL	2866	104	36.28

X Mensual = 3.77%

X Anual = 36.28%

El estudio realizado de octubre de 1994 a
septiembre de 1995 en el Hospital Apoyo de Iquitos César
Garayar García, ubicado en la región Loreto, obedece de
primera intención a la necesidad de averiguar la
frecuencia con que se presentan los embarazos
prolongados por FUM, tal es así que al observar el
cuadro Nº 01 tenemos un promedio mensual de nacimientos
prolongados por FUM de 3.77% es decir, de cada 100
nacimientos aproximadamente 4 son nacimientos de
embarazos prolongados por FUM, mientras que anualmente

el promedio es de 36.28% es decir de cada 1000 nacimientos 36 son de embarazos prolongados, con una desviación de 1.06, implicando que los nacimientos no están dispersados o la variabilidad entre ellos es ajustada y la distribución de éstos es normal.

El porcentaje obtenido por nosotros cae en el intervalo establecido por Pérez Sánchez (2) quien reporta cifras entre el 3.5% y el 7.0% de los embarazos, también hay otras cifras que reportan varios autores que oscilan entre el 3 y el 14%. (18,19,5,1)

La variaciones diversas de la estadística se debe muy probablemente a la diferencia por error en la estimación de la edad gestacional cuando ésta se calcula sólo por la fecha de la última menstruación.

(1)

CUADRO Nº 02

EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACION CON EL ESTADO DEL
RECIEN NACIDO; EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR
GARAYAR GARCIA" REGION LORETO PERIODO OCTUBRE 1994 -
SETIEMBRE 1995.

DISTRIBUCION SEGUN CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Nº	%
EDAD:		
16 - 19 años	23	22.12
20 - 23 años	28	26.92
24 - 27 años	18	17.31
28 - 31 años	14	13.46
32 - 35 años	11	10.58
36 - 39 años	8	7.69
40 - 43 años	1	0.96
44 - 47 años	1	0.96
GRADO DE INSTRUCCION:		
Analfabeta	0	0.00
Primaria incompleta	25	24.04
Primaria completa	5	4.81
Secundaria incompleta	40	38.46
Secundaria completa	32	30.77
Superior	2	1.92
Ocupacion:		
Estudiante	3	2.88
Ama de casa	94	90.38
Otros	7	6.74
TOTAL	104	100.00

Se desconoce la etiología del embarazo postérmino (6,4,5), según algunos datos podrán influir la edad, paridad, (1), asimismo el nivel de vida. En el cuadro Nº 02 al realizar el análisis sobre los aspectos demográficos de nuestro estudio, que de alguna manera servirá para caracterizar a las mujeres, encontramos mayor predominancia entre adolescentes (16 a 19 años) y jóvenes (20 a 23 años), con un valor muy bajo en mujeres de 36 a 47 años en 9.61%. De toda la muestra la

edad varía en un intervalo de 24 a 27 años como promedio; con una confianza de 5%, resultados que corroboramos con el único reporte que los embarazos prolongados se dan con más frecuencia en madres menores de 35 años (1)

En cuanto a la segunda característica demográfica del total de mujeres con embarazos prolongados por FUM de nuestra muestra, el 68.23% tienen grado de instrucción secundaria, situación que se da según deducciones por estar ubicado este hospital en la zona urbana de Iquitos.

La tercera característica predomina en un 90.38% la ocupación de ama de casa, motivo por el cual consideramos que nuestro grupo de estudio es de un nivel socioeconómico bajo; resultado que difiere con lo reportado por Niswander (6) quien dice que el embarazo prolongado se da solo en mujeres con nivel de vida elevada que favorece un mayor reposo en cama. (6).

Con los resultados de nuestro estudio y la afirmación de diversos autores, se corrobora que la asociación de la edad materna y la condición socioeconómica con el embarazo prolongado es motivo de controversia. (2)

CUADRO Nº 03

EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACION CON EL ESTADO DEL
RECIEN NACIDO; EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR
GARAYAR GARCIA" REGION LORETO PERIODO OCTUBRE 1994 -
SEPTIEMBRE 1995.

DISTRIBUCION SEGUN EDAD MATERNA Y TIPO DE PARTO

EDAD MATERNA	EMBARAZO PROLONGADO		TOTAL
	PARTO VAGINAL	PARTO CESAREA	
16 - 19 años	20	3	23
20 - 23 años	21	7	28
24 - 27 años	16	2	18
28 - 31 años	13	1	14
32 - 35 años	10	1	11
36 - 39 años	6	2	8
40 - 43 años	1	0	1
44 - 47 años	1	0	1
TOTAL	88	16	104

$$\chi^2_o = 4.337 \quad \chi^2_r = 14.07 \quad \alpha = 0.05$$

Volvemos a recalcar que algunos autores asocian la edad con el embarazo prolongado. Así en el cuadro Nº 03 de 104 casos de embarazo prolongado por FUM en nuestro estudio, 94 gestantes oscilaban entre los 16 y 35 años y 10 gestantes entre los 36 y 47 años; siendo el parto vaginal en un 85% (n=88) y el 15% (n=16) fue vía alta o por cesárea. No contamos con estudios donde se reportan cifras relacionadas entre la edad con el tipo de parto en embarazo prolongado, sólo se habla de cesárea programada en primigestas añosas. (17,4)

Estos resultados son utilizados para verificar si el tipo de parto en el embarazo prolongado por FUM es

independientemente de la edad materna, para lo cual se utilizó la distribución chi cuadrado con un nivel de confianza del 5%, que nos permitió comprobar que no existe diferencia significativa, es decir, la edad materna es independiente del tipo de parto; entonces el parto de un embarazo prolongado puede ser vaginal o por cesárea, según la evaluación clínica, el fracaso de inducción o el compromiso de la vitalidad del producto.

CUADRO Nº 04

EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACION CON EL ESTADO DEL RECIEN NACIDO; EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" REGION LORETO PERIODO OCTUBRE 1994 - SETIEMBRE 1995.

DISTRIBUCION SEGUN EL ESTADO DEL RECIEN NACIDO
POR EL TEST DE APGAR AL MINUTO SEGUN LA EDAD
GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	APGAR AL MINUTO		TOTAL
	4 - 6	7 - 10	
A E G	4	71	75
P E G	0	9	9
G E G	1	19	20
TOTAL	5	99	104
%	4.80%	95.20%	100.00%

La guía más usada para evaluar la vitalidad del recién nacido es el puntaje de Apgar al minuto (1), instrumento de mayor disponibilidad y que permite informar al minuto el estado de adaptación y reacción del recién nacido, frente al curso del parto (17), y el que determinará la conducta inmediata a seguir.

El cuadro Nº 04 indica que de 104 gestantes con diagnóstico de embarazo prolongado por FUM, el grado de asfixia de los recién nacidos el 4.80% fue moderado (4-6 puntos) de los cuales 4 fueron AEG y 01 fue GEG; que por su pequeñez no determinó significancia estadística; por lo tanto el grado de asfixia fue relativamente moderada. Estos resultados coinciden con el enunciado que la mortalidad ha disminuido notablemente al haber mejorado el manejo obstétrico.(4)

Al aplicar la distribución chi cuadrado ($X^2 = 0.042$ $P = 0.83847$) con un nivel de significancia de 5% no se encontró una diferencia significativa, lo que implica los PEG y GEG no muestran diferencias importantes para con referencia al Apgar; es decir el Apgar fue independiente de la valoración de la edad gestacional por peso.

Sin embargo Pérez (2), refiere que la morbimortalidad neonatal se concentra especialmente en las grandes y pequeñas para la edad gestacional dependiendo de la afixia perinatal del traumatismo obstétrico, del síndrome aspirativo.

CUADRO Nº 05

EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACION CON EL ESTADO DEL
RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR
GARAYAR GARCIA" REGION LORETO PERIODO OCTUBRE 1994 -
SETIEMBRE 1995.

DISTRIBUCION SEGUN CLASIFICACION DE RECIEN NACIDO
POR SUS CARACTERISTICAS FISICAS Y SEGUN LA EDAD
GESTACIONAL POR PESO

EDAD GESTACIONAL	R. NACIDO POSTMADURO	R. NACIDO NORMALES	TOTAL	%
A E G	11	64	75	72.10
P E G	0	9	9	8.70
G E G	17	3	20	19.20
TOTAL	28	76	104	100.0
%	27%	73%	100%	

$$\chi^2 = 33.065 \quad P = 0.0000$$

Los neonatos postérminos pueden ser clínicamente indistinguibles de los de a término, pero algunos han recibido la denominación de postmaduros a causa de su aspecto (4). En el cuadro Nº 05 de 104 casos de embarazo prolongado por FUM; el 27% (n=28) de los recién nacidos fueron postmaduros, quienes manifestaron signos clínicos muy variados como son:

La textura de la piel gruesa, seca, agrietada, descamada (2, 20) o apergaminadas por ausencia de lanugo y vérnix gaseosa (21,5), dando un aspecto de viejo (5); impregnación meconial a nivel de uñas, piel, cordón umbilical y membranas placentarias.(4)

Las uñas largas, se extienden más allá de los dedos (22), pelos formados por hebras más gruesas (4), pabellón de la oreja totalmente encorvada, conforme el feto madura el contenido cartilaginoso de los pabellones auriculares aumenta para adquirir progresivamente su forma característica. (2)

- Glándula mamaria palpable mayor de 10mm. (1)
- Pezón con un diámetro mayor de 7.5 mm, aréola punteada y bordes levantados. (1)
- Los genitales del hombre están en el escroto y éste está cubierto por pliegues o arrugas. (20)
- Genitales de la mujeres, los labios menores y clitoris están cubiertos por los labios mayores en los nacidos a término. (20)
- Surcos profundos en toda la planta del pie como índice de maduración a partir de las 40 semanas. (21).

Desafortunadamente los cambios descritos sólo se puede determinar cuando se realiza la evaluación neonatal. (5)

Al igual que los recién nacidos pretérminos y términos, el postérmino, según su peso, puede ser adecuado, pequeño o grande para la edad gestacional (2). Así mismo en este cuadro N905 se relaciona el peso y la edad gestacional de los recién nacidos el 72.10%

(n=75) fueron AEG, el 8.70% (n=9) fueron PEG y el 19.20% (n=20) fueron grandes para la edad gestacional.

Las características físicas del recién nacido está relacionado altamente con la edad gestacional y peso, así se demostró al aplicar la distribución χ^2 con un 5% de confianza que entre estas dos variables, la diferencia estadística es altamente significativa ($\chi^2 = 33.065$, $P = 0.0000$).

CUADRO Nº 06

EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACION CON EL ESTADO DEL
RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS CESAR
GARAYAR GARCIA REGION LORETO PERIODO OCTUBRE 1994 -
SEPTIEMBRE 1995.

DISTRIBUCION SEGUN COLOR DE LIQUIDO AMNIOTICO

COLOR LIQUIDO AMNIOTICO	EMBARAZO PROLONGADO	
	Nº	%
Claro	55	52.88
Verde claro	26	25.00
Verde espeso	22	21.16
Rojo	1	0.96
TOTAL	104	100.0

Los principales cambios que ocurren en el embarazo prolongado se relacionan con la placenta, el feto y el líquido amniótico (5), así en el cuadro Nº 06 tenemos las alteraciones del aspecto del líquido amniótico: 104 casos estudiados de embarazo prolongado por FUM, el 52.88% (n=55) tuvo líquido amniótico claro lo que indica que hubo bienestar fetal; el 25.00% (n=26) tuvo

líquido amniótico verde claro, indica que hubo sufrimiento fetal en algún momento; el 21.16% (n=22) tuvo líquido amniótico verde espeso, significó hipoxia fetal. (1)

CIFUENTES (5), reporta que de 234 embarazos postérmino en el 20.20% presentó meconio en líquido amniótico una cifra menor a nuestros resultados; mientras que PEREZ (2), reporta que en el 50.00% de los casos el líquido amniótico es verde espeso; lo que confiere un alto riesgo neonatal por síndrome aspirativo meconial; ambas cifras difieren de nuestros resultados deducimos que estas diferencias se deban tal vez al tamaño de la muestra.

La presencia de meconio en el líquido amniótico es un indicador de posible sufrimiento fetal, ya que la hipoxia acelera primero el peristaltismo intestinal y luego paraliza y relaja el esfínter anal (17); y si este es identificado durante el trabajo de parto se debe continuar por la vía vaginal, siempre que el registro de la frecuencia cardíaca fetal muestre absoluta normalidad (2), el éxito de este enunciado lo comprobamos cuando en el 85% (n=88) de nuestra muestra el parto fue por vía vaginal y el 4.8% (5 casos) de recién nacidos con asfixia moderada.

La morbilidad por el síndrome aspirativo meconial se ha reducido probablemente como consecuencia del lavado traqueal precoz a que son sometidos los niños en el momento en que nacen. (6)

CUADRO Nº 07

EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACION CON EL ESTADO DEL RECIEN NACIDO; EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" REGION LORETO PERIODO OCTUBRE 1994 - SETIEMBRE 1995.

DISTRIBUCION SEGUN CARACTERISTICAS DE PLACENTA

CARACTERISTICAS PLACENTARIAS	R. NACIDO CARC. POSTM	R.NACIDO CARC.A.TER	TOTAL	%
Hipertrofiado	0	2	2	1.92
Calcificado	21	27	48	46.15
Infartos	1	0	1	0.97
Normal	6	47	53	50.96
TOTAL	28	76	104	100

$$\chi^2 = 10.768 \quad P = 0.00103$$

En el cuadro Nº 07, del total de placentas (104), el 27.00% (n=28) perteneció a niños postérminos de los cuales el 20.20% (n=21) fueron calcificados, así coincidimos con la afirmación de que los depósitos de calcio se observa más frecuentemente en la placenta de postérmino (5); asimismo al aplicar la distribución χ^2 con respecto a las características de la placenta y el recién nacido se encontró entre estas dos variables, diferencias altamente significativas, lo que implica que en un recién nacido postérmino la placenta tiene marcadas características de postmadurez, que nos lleva a afirmar que la revisión de la placenta es muy importante en el alumbramiento para verificar el diagnóstico de postmadurez.

CUADRO Nº 08

EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACION CON EL ESTADO DEL
RECIEN NACIDO; EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR
GARAYAR GARCIA" REGION LORETO PERIODO OCTUBRE 1994 -
SETIEMBRE 1995.

DISTRIBUCION SEGUN COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
PROLONGADO POR FUM

COMPLICACIONES	Nº Casos	%
Distocia funicular (circular simple, doble, breve)	39	37.50
Parto prolongado	10	9.62
Aspiración meconial	5	4.81
Distrés respiratorio	1	0.96
Hemorragia subconjuntival	1	0.96
Normal	48	46.15
TOTAL	104	100.0

A partir de la semana 42 y a medida que se prolonga la gestación, la mortalidad perinatal se eleva en forma significativa (1,2); en el cuadro Nº 08, de 104 casos de embarazo prolongado por FUM, corresponde al 37.50% (n=39) con distocia funicular (circular simple, doble y breve); como consecuencia se produce una disminución de la longitud del cordón o su acortamiento y sea cual fuera su causa puede originar perturbaciones circulatorias fetales, en el parto o constituir un impedimento mecánico para el mismo (1); el 9.62% (n=10) fueron parto prolongado y un 0.96% (n=1) por hemorragia conjuntival; la tinción del líquido amniótico por meconio favoreció a la aspiración

meconial en 4.81% (n=5) y el distrés respiratorio en un 0.96% (n=1) estas dos últimas complicaciones conforman el cuadro propio, de la morbilidad del recién nacido con ausencia de mortalidad.

Con los resultados de 56 casos complicados podríamos decir que fueron relativos porque el grado de asfixia del recién nacido fue moderada que no tuvo significancia estadística.

No contamos con bibliografías que reporten estas complicaciones en embarazos prolongados, por la cual obviamos las comparaciones, a excepción del síndrome de aspiración meconial, donde se reporta que es dos o tres veces más frecuente en el recién nacido de postérmino (2,5), lo que difiere con nuestros resultados que según deducimos se debe al tamaño de la muestra.

CUADRO Nº 09

EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACION CON EL ESTADO DEL
RECIEN NACIDO; EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR
GARAYAR GARCIA" REGION LORETO PERIODO OCTUBRE 1994 -
SETIEMBRE 1995.

DISTRIBUCION SEGUN PESO DEL RECIEN NACIDO EN
RELACION CON EL SEXO

PESO DEL RECIEN NACIDO GRAMOS	EMBARAZO PROLONGADO			%
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
2000-2500 grs	3	0	3	2.88
2501-3000 grs	12	12	24	23.08
3001-3500 grs	14	17	31	29.81
3501-4000 grs	18	18	36	34.62
4001-4500 grs	5	4	9	8.65
≥ 4500 gram.	1	0	1	0.96
TOTAL	53	51	104	100.00

$$\chi^2 = 0.021 \quad P = 0.88535 \text{ (NS)}$$

El embarazo prolongado tiene como característica de que el feto recibe menor aporte nutricional, lo que se manifiesta por una disminución de sus depósitos grasos y una pérdida del tejido celular subcutáneo (6). En el cuadro Nº 09, el peso de los recién nacidos varía mayormente en el intervalo de 2500 a 4000 grs. para ambos sexos con lo cual verificamos que no existe diferencia significativa ($\chi^2 = 0.021$ $P = 0.88535$) entre el peso y el sexo.

Coincidimos con la afirmación de que la prolongación del embarazo no produce mayor número de fetos con peso elevado (1) y con el estudio hecho en The National Institute of Child Health of Maternal-fetal Medicine Unit (16) que reporta que no hubo diferencia

entre el peso al nacimiento con la frecuencia de macrosomía; en nuestro estudio tuvimos 9.61 por ciento (n=10) de recién nacidos con un peso superior a 4000 grs. El hecho de que continuaron creciendo sirve como confirmación de que la función placentaria no estaba comprometida e indica que el feto es capaz de soportar los rigores del parto normal sin sufrimiento (3), mientras que otros autores reportan que hay mayor incidencia de macrosomía. (2,5)

CUADRO Nº 10

EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACION CON EL ESTADO DEL RECIEN NACIDO; EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" REGION LORETO PERIODO OCTUBRE 1994 - SETIEMBRE 1995.

DISTRIBUCION SEGUN EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO Y LA FECHA ULTIMA DE MENSTRUACION

EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO Sem.	EDAD GESTACIONAL POR FUM			TOTAL
	42 Sem.	43 Sem.	> 43 Sem.	
37 Sem.	3	1	1	5
38 Sem.	9	7	0	16
39 Sem.	7	10	0	17
40 Sem.	14	7	2	23
41 Sem.	8	6	1	15
≥ 42 Sem.	14	13	1	28
TOTAL	55	44	5	104

El cálculo de la edad gestacional se establece sumando los días transcurridos desde el primer día del comienzo de la última menstruación; si la cifra sobrepasa el límite de 293 días, se trataría de un embarazo prolongado. (1)

Con la prueba de Dubowitz modificado por Capurro, que permite hacer una evaluación rápida y muy cercana a la realidad de la edad gestacional del niño, además su concordancia con la edad calculada con datos menstruales confiables, le da, al método gran certeza y utilidad (21). En el cuadro Nº 10 de nuestro estudio mediante el método de Capurro hubo 55 gestantes con 42 semanas por FUM, 41 fueron a término y 14 a posttérmino; de las 44 gestantes con 43 semanas de gestación por FUM, 31 fueron a término y 13 posttérmino; y de las 5 gestantes con más de 43 semanas de gestación por FUM, 4 fueron a término y 1 posttérmino. En general, decimos que por éste método 28 fueron mayor o igual a 42 semanas o posttérmino. Al obtener estos resultados comprobamos la importancia del examen físico del recién nacido de un embarazo prolongado Para determinar su post madurez ya que el diagnóstico de embarazo prolongado por FUM no tiene mayor confiabilidad.

CUADRO Nº 11

EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACION CON EL ESTADO DEL
RECIEN NACIDO; EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR
GARAYAR GARCIA" REGION LORETO PERIODO OCTUBRE 1994 -
SETIEMBRE 1995.

DISTRIBUCION SEGUN USO DE OXITOCICOS EN EL
EMBARAZO PROLONGADO

PARIDAD	ACENTUA- CION	INDUC- CION	ESPON- TANEO	TOTAL
Primigesta	13	2	29	44
Multigesta	10	4	17	31
Gran multigesta	9	1	19	29
TOTAL	32	7	65	104
%	30.80	6.70	62.50	100.0

La decisión de terminar un embarazo prolongado debe ser un análisis completo de todas las condiciones maternas y fetales.

En el cuadro Nº 11 tenemos el manejo del trabajo de parto en 104 embarazos prolongados por FUM, a 39 gestantes se sometió a inducción con oxitocina, con esta conducta se redujo el número de cesáreas, el 15.00% (n=16) del total de la muestra (fueron por estrechez pélvica, desproporción fetopélvica, dilatación estacionaria, inducción fallida, cesárea programada o sufrimiento fetal agudo).

HANNAH-ME y Cols (23) reportan que 1701 embarazos postérminos fueron sometidos a inducción por lo cual la tasa de cesárea fue más baja que con la vigilancia seriada.

GRAFICO Nº 01

EDAD MATERNA

Según Vía de terminación del embarazo

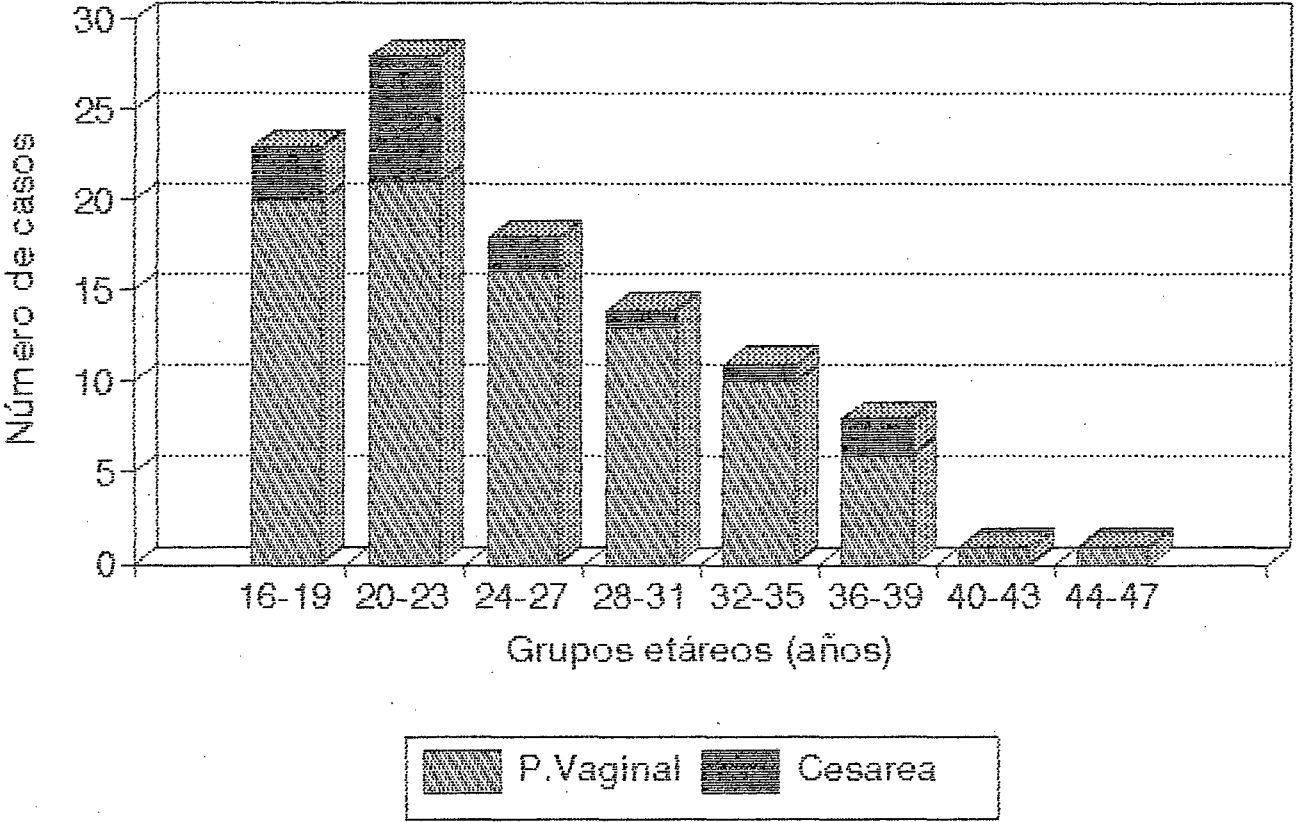


GRAFICO Nº 02

EDAD GESTACIONAL/PESO

Según APGAR al minuto

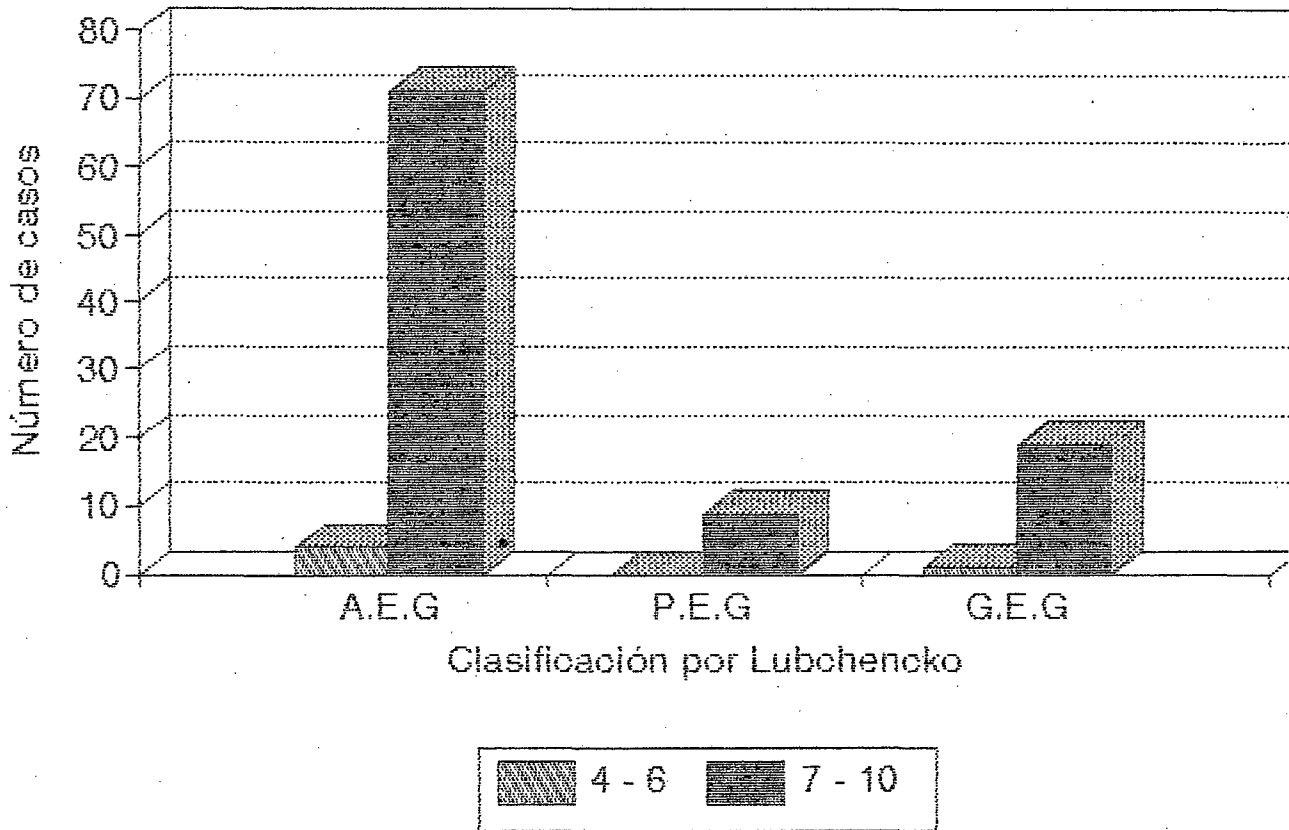


GRAFICO Nº 03

EDAD GESTACIONAL/PESO

Según características del R.N.

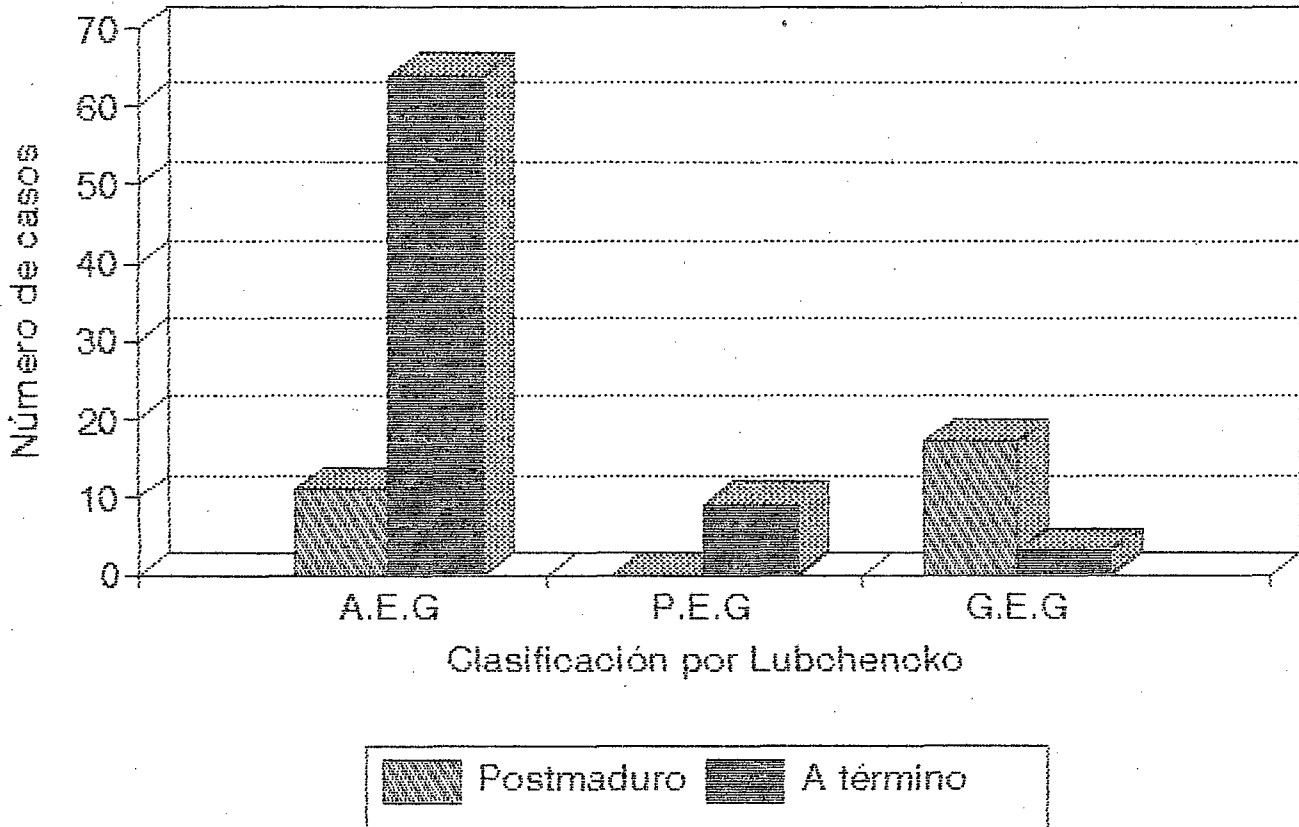


GRAFICO Nº 04

CARACTERISTICAS DE LA PLACENTA

Según clasificación del R.N. por Capurro

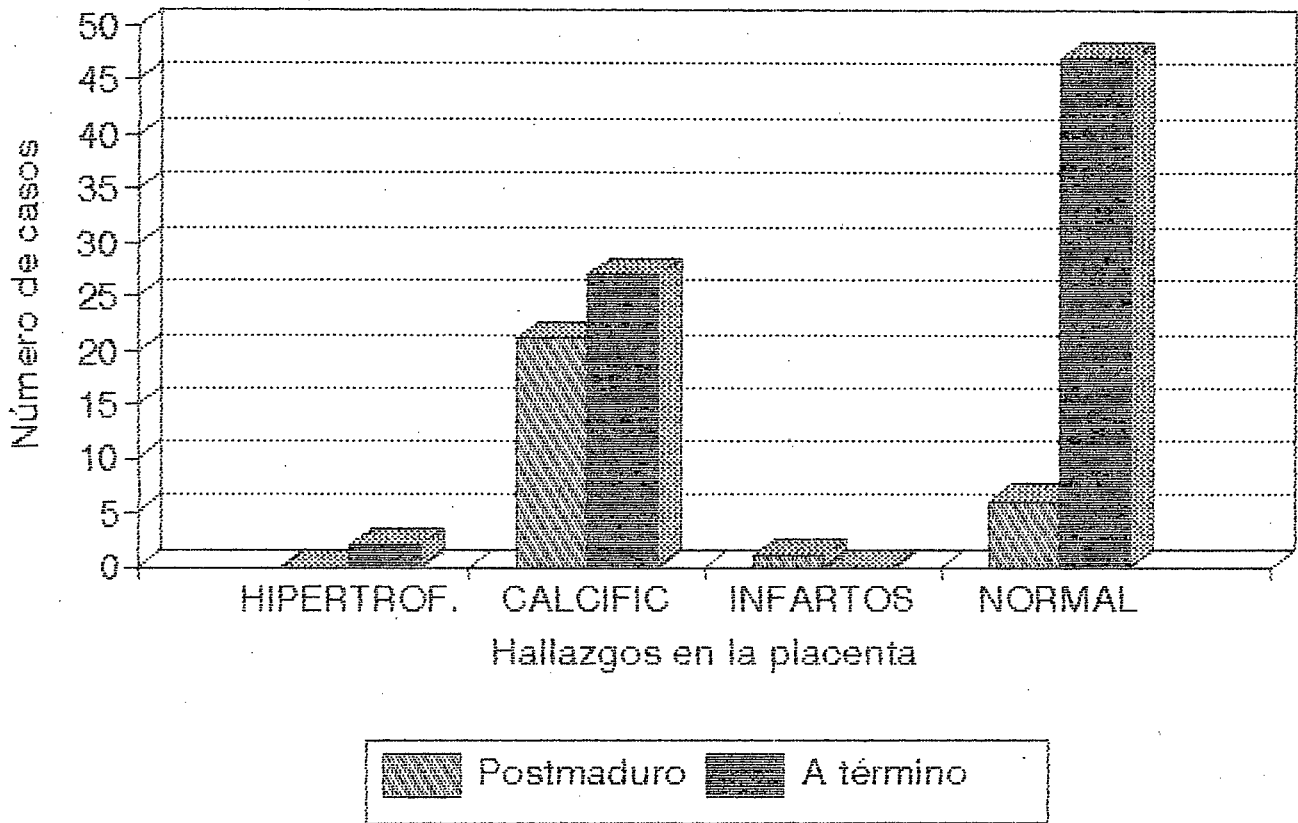


GRAFICO Nº 05

MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO

Según paridad de la madre

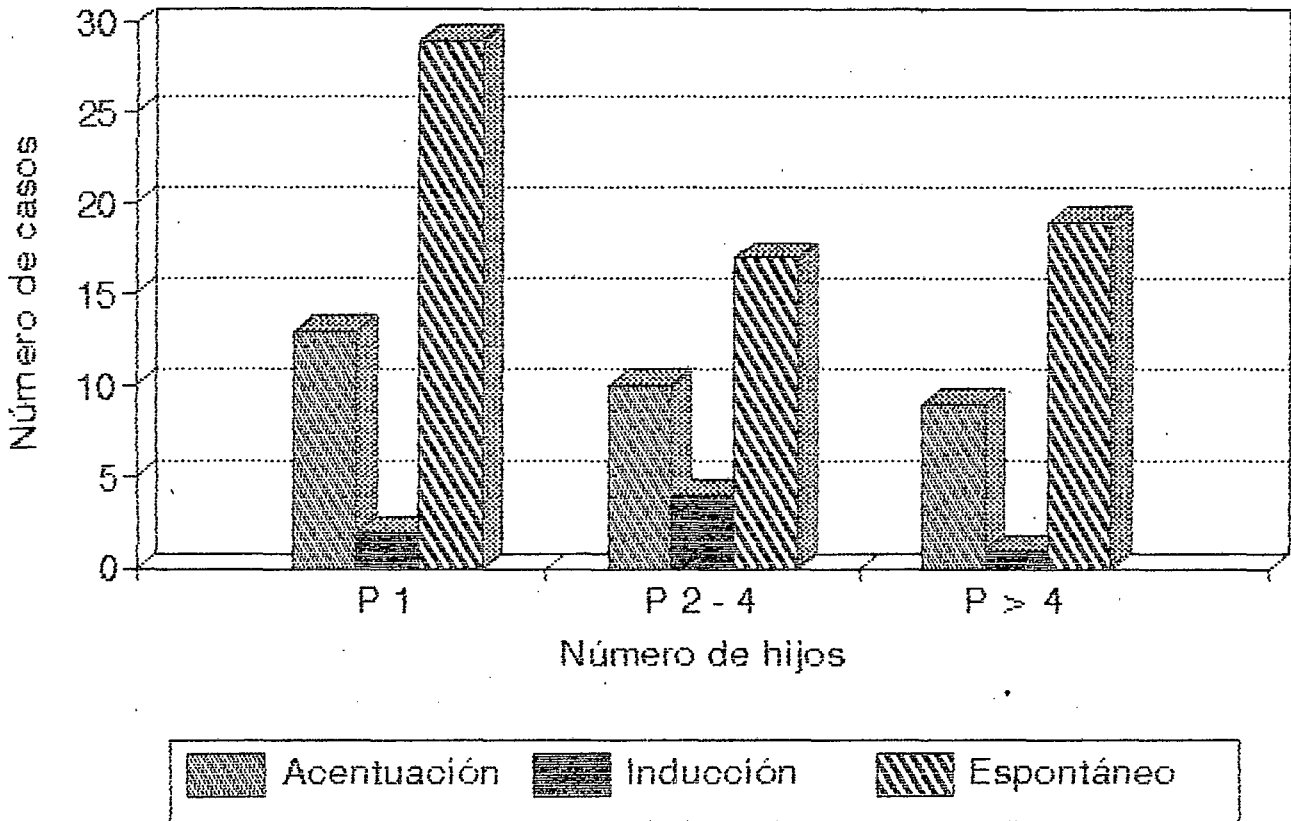
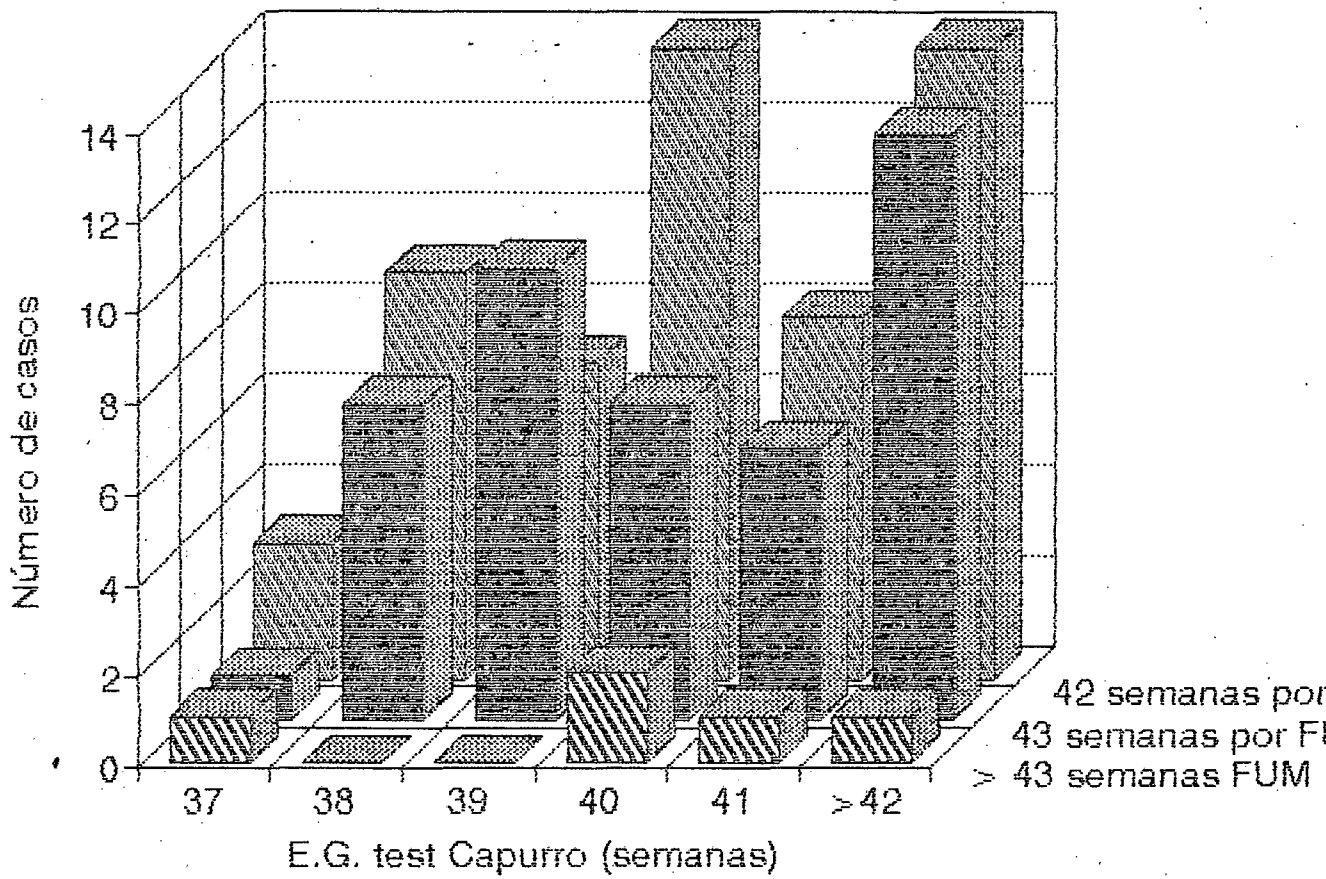


GRAFICO Nº 06

EDAD GESTACIONAL POR FUM

Según clasificación de Capurro



SHAW (15) reporta que de 629 pacientes postérminos, la tasa más pequeña de cesárea fue vista en pacientes que se sometieron a inducción con valores de Bishop mayor de 8 (5%).

Con estos resultados podemos decir que la inducción es una medida adecuada en embarazos prolongados así, en este mismo cuadro corroboramos el enunciado de que los embarazos prolongados ocurren frecuentemente en mujeres jóvenes, especialmente primigestantes (5), al haberse presentado el 42.30% (n=44) del total de la muestra.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de embarazo prolongado por FUM, en el Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García entre el periodo 01 de octubre de 1994 al 30 de setiembre de 1995, fue de un promedio mensual de 3.77% y 36.28% como promedio anual respectivamente.
2. La frecuencia de asfixia moderada fue de 4.81%
3. El 27.00% (n=28) de los recién nacidos presentaron signos clínicos propias de postmadurez.
4. De 28 recién nacidos postmaduros el 20.20% (n=21) tuvo placenta calcificada y el 21.16% (n=22) líquido amniótico verde espeso.
5. La morbilidad de los recién nacidos fue del 5.77% donde el 4.81% (n=5) por aspiración meconial y 0.96% (n=1) por distrés respiratorio; ausentándose la mortalidad.



RECOMENDACIONES

1. Para el manejo de esta complicación es necesario que los servicios obstétricos dispongan de un protocolo de tratamiento, de acuerdo con su infraestructura que permita obtener una morbimortalidad perinatal mínima con una incidencia de operación cesárea razonable.
2. Capacitación permanente del personal profesional y auxiliar para la reanimación del recién nacido y prevención del síndrome de aspiración meconial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SCHWARZ R.L.; DUVERGES C.A.; DIAZ A.G. FESCINE R.H.: **Obstetricia** 4ta. Edic. Edit. el Ateneo Argentina 1989 Pág. 125,192, 205-206.
2. PEREZ SANCHEZ E.; DONOSO S.: **Obstetricia** 2da. Edic. mediterráneo Chile 1992 Pág. 86, 508-509, 588, 688.
3. PRITCHARD J. A.; MACDONALD P.; GANT N.: **williams obstetricia**. 3ra. Edic. Edit. Salvat España 1986 Pág. 738.
4. BEHRMAN, R.E.; VAUGHAN, V.C.: **Nelson tratado de pediatría**. Tomo I 12 ava. Edic. Edit. Interamericana México 1988 pág. 358-367-404.
5. CIFUENTES, R.: **Obstetricia de alto riesgo** 2da. Edic. talleres gráficos de imprenta departamental, Cali Colombia; 1988 Pág. 182, 200-202.
6. NISWANDER K.R.: **Manual de obstetricia diagnóstico y tratamiento**. 3ra. Edic. Edit. Salvat Argentina 1989 Pág. 504.
7. ARABIN-B.; BECKER R.; MOHNHAUPT A. Y Cols.: **Prediction of fetal distress and poor outcome in prolonged pregnancy using doppler ultracomined with stress test (II), fetal diagn-ther.** 1994 ; 9 (1): 1-6.

8. MANDELBROT, L.; VERSPYCK, E.; DOMMERGUES, M. y
 Cols.: Transabdominal amnioinfusion for the
 management of nonlaboring post dates with
 severa oligohydramnios. Fetal diagn ther
 1993; 8 (6): 412-7.
9. MARKS, A.D.; DIVON M.Y. Longitudinal study of the
 amniotic fluid index in post dates pregnancy.
 obstet-Gynecol 1992; 79 (2): 229-33.
10. KOVAM, L.; KEMDOM MOYA, J.; SHASHA, W.; NGASSA,
 P.: Induced labor: conditions for success and
 causes of failure; a prospective study of 162
 cases. Rev. Fr. Ginecol-Obstet French; 1993;
 apr.; 88 (4): 243-8.
11. BORDAHL E.; MOE N.: Determination of birth date
 early ultrasonography. Tidskr nor lae
 geforen. Norwegian. 1992; 112 (16): 211-3.
12. VOTTA R.A.; CIBILS L.A.: Active manangement of
 Prolonged pregnancy Am. J. Obstet. Ginecol
 1993; 168 (2): 557-63.
13. HERABUTYA; FUNK, A.; FENDEL, H. Doppler ultrasoun
 diagnosis in pest-term pregnancy.
 Geburtshilfe-Frauenheilkd German; 1993; 53
 (9): 603-8

14. PAPAGEORGIOU I.; TSIONER C.; MINARETZIS D. y Cols.;
Labor characteristics of uncomplicated
prolonged pregnancies after induction with
intracervical prostaglandin e2 gel versus
intravenous oxytocin Ginecol Obstet invest
1992; 34 (2): 92-6.
15. SHAW K.S; MEDEARIS A.L.; HORENSTEIN J. y cols.;
Selective labor induction in postterm patients
observation and outcomes J. reprod. Med.
1992; 37 (2): 157-61.
16. THE NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALD AND HUMAN
DEVELOPMENT OF MATERNAL FETAL MEDICINE UNITS: A
clinical trial of induction of labor versus
expectant management in post term pregnancy
am j. Obstet Ginecol 1994; 170 (3): 716-23.
17. MONGRUT STEANE A.: tratado de obstetricia tomo II
3ra. Edic. 1991 Pág. 810, 851, 844, 998.
18. BENSON, R.: Manual de Ginecología y Obstetricia.
6ta. edic. Edit. el Manual Moderno; México
1989 pág.236.
19. CARRERA MACIA, J. Y Cols.: Protocolos de
obstetricia y medina perinatal del Instituto
Dexeus. 1ra. Edic. España 1986 pág. 89-91.
20. SILVER H.K.; KEMPE C.H.; BRUYN H.B. manual de
pediatría manual moderno México 1986 Pág.
137.

21. BOTERO U. J.; JURIZ H.A.; HEMAD G.: **Obstetricia y Ginecología** 4ta. Edic. Colombia 1990 pág. 155-157.
22. KLAUS M. FANAROFF A. **Asistencia del recién nacido de alto riesgo**; 3ra. Edic. Edit. Médico panamericana, Argentina 1981 Pág 81-82.
23. HANNAH, M.E.; HANNAH; HELLMANN, J. Y Cole.:
Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring post term pregnancy trial. *Grafip Med.* 1992; 11-326 (24) 1587-92.

A N E X O

FORMATO DE INVESTIGACION

Fecha de ingreso

Apellidos y Nombres:

Dirección:

DATOS GENERALES:

A. Edad

B. Grado de Instrucción:

Analfabeta 0

Primaria completa 1

Primaria incompleta..... 2

Secundaria completa..... 3

Secundaria incompleta..... 4

Superior..... 5

C. Ocupación:

Estudiante 0

Ama de casa..... 1

Otros 2

EMBARAZO ACTUAL:

FUM FPP EG

FO P

A. Control prenatal:

Sin control 0
 1 a 2 1
 3 a + 2

B. Examen obstétrico:

AU SPP FCF

Tacto Vaginal:

Trabajo de parto: SI () NO ()

MD: Pelvis

Labor de parto:

Espontáneo 0

Acentuación 1

Inducción 2

Líquido Amniótico:

Claro 0

Verde claro 1

Verde espeso 2

Rojo 3

Tipo de parto:

Vaginal 0

Cesárea 1

Placenta: Peso ()

Normal 0

Hipertrofiado 1

Calcificado 2

Infartos 3

Distocia funicular:

Nudos 0

Cordón breve 1

Circular simple 2

Circular doble 3

Recién nacido Peso (7)

Sexo; Masc. () Fem. ()

Apgar:

0 - 3 0

4 - 6 1

7 - 10 2

Síndrome de post madurez:

NO () SI ()

Síndrome convulsivo:

NO () Si ()

Edad por examen físico;

Otros:

.....

DEFINICIONES BASICAS:**Embarazo Prolongado:**

Cuando sobrepasa 14 ó más días de FPP es decir, que alcanza a superar las 42 semanas o los 294 días de amenorrea comprobada (5).

Factor de Riesgo:

Aquel que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el normal desarrollo del feto o el estado materno o ambos. (5)

Parto Postmaduro:

Cuando la edad gestacional es de post-termino, ósea que sobrepasa las 42 semanas de gestación. (17)

Síndrome de Postmadurez:

Es la característica clínica de los recién nacidos de embarazos post-terminos por la disminución de la función placentaria, con mayor riesgo de muerte o lesión fetal, debidas aparentemente a hipoxia crónica, desequilibrio nutricional o ambos. (6)

Embarazo de alto de riesgo:

Es aquel en que la madre, el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuela antes o después del parto. (1)



R.N de sexo femenino, con un peso de 4,200gr, presenta piel descamada, genitales hiperpigmentados, cuyo líquido amniótico fue verde espeso y su parto vaginal.



R.N con la piel apergaminada en mayor profundidad en la cara posterior de los-
muslos.



R.N de sexo femenino en la cual se observa descamación de la piel.



Placenta en cuya cara materna se observan calcificaciones.

